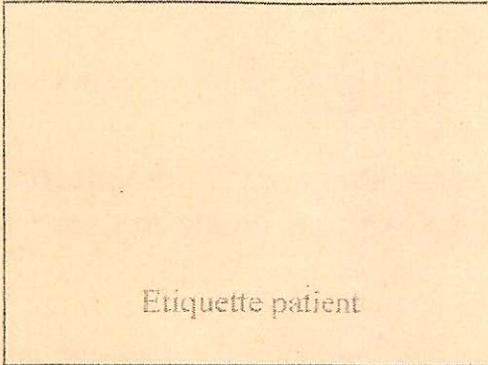


Feuille de transmissions

Unité de soins → hémodialyse



Date :/...../.....

Nom de l'infirmière :, téléphone de l'unité :

Nom du médecin-interne ce jour : bip :

Mobilisation: normale lit strict mobilisation avec aide
charge complète charge partielle kg :

Patient dépendant et si lever avec cigogne, poids du jour:kg

Alimentation: A jeun Boisson seulement Peut boire et manger

Est-ce que le patient a reçu tous les médicaments ?

Oui
 Non Le(s)quel(s) et pourquoi ?

.....

.....

.....

Les perfusions en cours d'administration

| | | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Se référer à la feuille de soins infirmiers | Perfusion + adjonction | Contrôles faits avant départ | |
| | Débit à préciser→ | <input type="checkbox"/> | Initiales huissier |
| Se référer à la feuille de soins infirmiers | Perfusion + adjonction | Contrôles faits avant départ | |
| | Débit à préciser→ | <input type="checkbox"/> | Initiales huissier |
| Se référer à la feuille de soins infirmiers | Perfusion + adjonction | Contrôles faits avant départ | |
| | Débit à préciser→ | <input type="checkbox"/> | Initiales huissier |

Médicaments à administrer pendant la dialyse : à contrôler selon feuille d'ordres (Presco ou feuille manuscrite)

1. *Per os* :

2. Injectable (i.v, sous-cut, im) y compris produits sanguins

| Nom du médicament | Quantité par prise | Voie d'administration | Heure | Modalités d'administration (p.ex : dans flex de 100 ml de NaCl 0.9% en perfusion continue en 6 heures....) | Produits fournis au départ | |
|-------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Selon feuille d'ordres (Presco ou feuille manuscrite) | | | | <input type="checkbox"/> | Initiales huissier |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | Initiales huissier |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> |

3. *Oxygène* :

Surveillance :

Urine de 24h à garder à quantifier

Evaluation de la douleur

Autre :

Observations :

A remplir par le médecin de l'unité

| | Oui | Non | Si non, indiquer le motif | Visa médecin |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|
| Le patient peut-il être anticoagulé pendant la dialyse ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Initiales huissier |

En cas de doute (p ex biopsie, trouble de la crase etc), le médecin prend contact avec le néphrologue afin d'évaluer le rapport bénéfice / risque de l'anticoagulation

Au départ du patient

| Documents à transmettre obligatoirement : | | Initiales huissier infirmier | Commentaires |
|-------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------|
| Dossier médical | <input type="checkbox"/> | | |
| Dossier infirmier | <input type="checkbox"/> | | |
| Si examens sanguins demandés, joindre : | | | |
| Demandes d'examens | <input type="checkbox"/> | | |
| Tubes de prélèvement | <input type="checkbox"/> | | |

Contrôle de l'identité par le transporteur

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| Identité déclinée par le patient* | Bracelet d'identification (porté par le patient) | <input type="checkbox"/> | Visa transporteur |
| | Dossier patient | <input type="checkbox"/> | |
| | Bon de transport | <input type="checkbox"/> | |

Cocher et signer si OK. En cas de discordance, en discuter avec l'infirmière

* Si le patient est incapable de répondre, vérifier la concordance entre le bracelet, le dossier et le bon de transport.

Nom de l'infirmière : téléphone de l'unité :

Nom du médecin en charge du patient ce jour : bip :

| | | | |
|-------------------|---------------|------------------------|---------------------|
| Poids avant | Après : | TA avant :/..... | Après :/..... |
|-------------------|---------------|------------------------|---------------------|

Résultats de laboratoire :

| | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Glycémie avant | | Après | |
| PTT après dialyse | Fait <input type="checkbox"/> | Résultat sera adressé dans l'unité de soins | Résultat à contrôler par le médecin de l'unité de soins |
| Bilan sanguin fait sur prescription du néphrologue | Non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Résultats à contrôler par le médecin de l'unité de soins dans DPI |
| Examens sanguins demandés par l'unité de soins | Faits <input type="checkbox"/> | Partiellement faits <input type="checkbox"/> Pas faits <input type="checkbox"/> | A préciser |

Médicaments administrés pendant la dialyse sur prescription du néphrologue (ces prescriptions ne figurent pas dans Presco ni sur le graphique de l'unité de soins)

| Nom du médicament | Quantité | Voie d'administration | heure | motif |
|-------------------|----------|-----------------------|-------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Médicaments NON administrés pendant la dialyse

| Nom du médicament | Motif (p. ex hypotension...) |
|-------------------|------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Observations:.....

Surveillance à faire dans l'unité de soins :

.....

.....

.....

.....

.....

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date prochaine dialyse : | Heure : | Lieu : |
| L'état clinique actuel du patient permet d'envisager pour la prochaine dialyse un transport: | | En lit <input type="checkbox"/> En fauteuil <input type="checkbox"/> À pieds <input type="checkbox"/> |

Contrôle de l'identité par le transporteur

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| Identité déclarée par le patient* | Bracelet d'identification (porté par le patient) | <input type="checkbox"/> | Visa transporteur |
| | Dossier patient | <input type="checkbox"/> | |
| | Bon de transport | <input type="checkbox"/> | |

Cocher et signer si OK. En cas de discordance, en discuter avec l'infirmière

Si le patient est incapable de répondre, vérifier la concordance entre le bracelet, le dossier et le bon de transport.

Pour joindre les infirmières d'hémodialyse le dimanche ou la nuit (19 heures à 7 heures) :

Téléphoner à l'infirmière de piquet de néphrologie selon "l'ardoise de garde" sur intranet.
 Si vous ne réussissez pas à la joindre, c'est qu'elle se trouve déjà dans l'hôpital, dans ce cas contactez-la au 8AL (29771) ou sur le bip interne : 68.53148
 Pour joindre les néphrologues: la nuit et le dimanche consulter l'ardoise de garde (intranet)

Consulter le document « **Informations aux intervenants auprès des patients insuffisants rénaux hospitalisés** » pour prendre connaissance des modalités de préparation des patients avant une dialyse (médicaments à éviter, apports hydriques, etc.) w3.hcuge.ch/~dsi/intranet_02/Soins_Infirmiers.htm puis choisir rubrique « spécialiste clinique → guides → Informations aux intervenants auprès des patients insuffisants rénaux hospitalisés »